

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 13

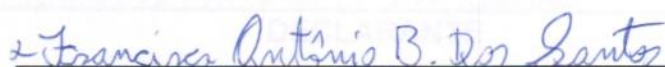
## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| OUTORGANTE    | FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A)                       |
| Natural       | FORTALEZA-CE                         |
| Estado Civil  | SOLTEIRO (A)                         |
| RG nº         | 98002212553 SSP/CE 21/01/2010        |
| CPF nº        | 012.817.363-76                       |
| Profissão     | PEDREIRO                             |
| Endereço      | ANTONIO MOREIRA DE SOUSA ,           |
| Complemento   | BL 32 AP 04                          |
| Bairro        | MONDUBIM                             |
| CEP           | 60.765-064                           |
| Município/UF  | FORTALEZA-CE                         |
| Telefones     | (85)98715-1127 OI (85)98567-1005 OI  |

**OUTORGADOS:** **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) / [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) / [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com).

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 13 de setembro de 2018.



Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

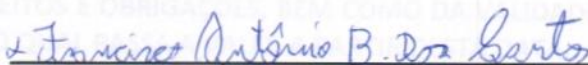
fls. 14

## DECLARAÇÃO

|               |                                      |        |            |
|---------------|--------------------------------------|--------|------------|
| DECLARANTE    | FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS |        |            |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A)                       |        |            |
| Natural       | FORTALEZA-CE                         |        |            |
| Estado Civil  | SOLTEIRO (A)                         |        |            |
| RG nº         | 98002212553                          | SSP/CE | 21/01/2010 |
| CPF nº        | 012.817.363-76                       |        |            |
| Profissão     | PEDREIRO                             |        |            |
| Endereço      | ANTONIO MOREIRA DE SOUSA ,           |        |            |
| Complemento   | BL 32 AP 04                          |        |            |
| Bairro        | MONDUBIM                             |        |            |
| CEP           | 60.765-064                           |        |            |
| Município/UF  | FORTALEZA-CE                         |        |            |
| Telefones     | (85)98715-1127 OI (85)98567-1005 OI  |        |            |

**DECLARO**, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 13 de setembro de 2018.



**DECLARANTE**

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

fls. 15

EU, FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), PEDREIRO, PORTADOR DO RG Nº 98002212553 SSP/CE 21/01/2010, INSCRITO NO CPF SOB Nº 012.817.363-76, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA ANTONIO MOREIRA DE SOUSA,, BL 32 AP 04, MONDUBIM, 60.765-064, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98715-1127 OI (85)98567-1005 OI,

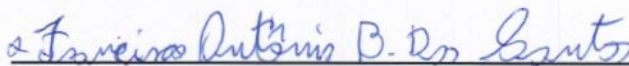
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, quinta-feira, 13 de setembro de 2018.



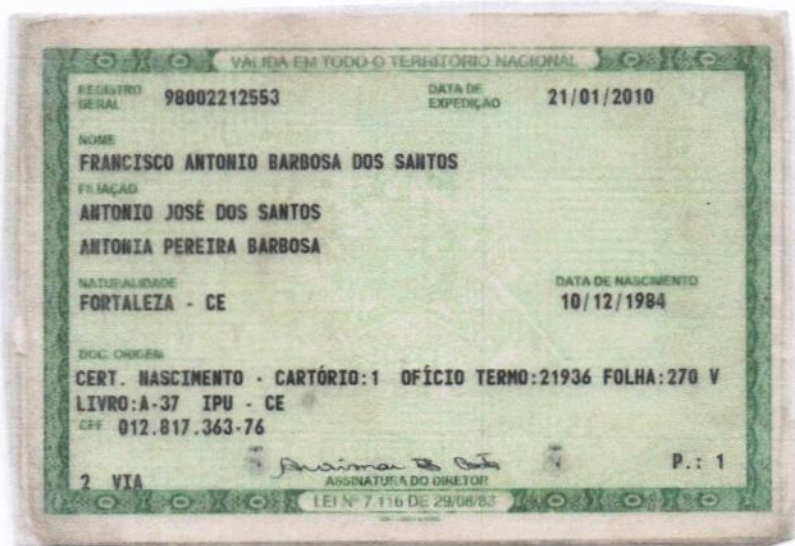
DECLARANTE

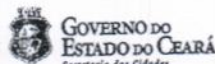
TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:





**Nº de Inscrição:**  
005935504

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: FRANCISCA SAMILA BARBOSA DOS SANTOS  
Endereço: RU ANTONIO M DE SOUSA-V, BL-32, AP-04, MONDUBIM  
Cidade: FORTALEZA CEP: 60765-004  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 001 Setor: 005 Quadra: 0690 Lote: 0031 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

**ECONOMIAS**

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

| Tipologia | Medição    | Leitura | Tipologia | Medição | Volumen (m³) | Média Semestral (m³) |
|-----------|------------|---------|-----------|---------|--------------|----------------------|
| AGUA      | ADSF163229 | 975     |           | 981     | 8            | 7                    |

**DATAS**

Leitura Atual: 08/12/2017 Emissão: 08/12/2017 Zero Água: 0107071  
Leitura Anterior: 09/11/2017 Próxima Leitura: 09/01/2018 Zero Esgoto:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2017**

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 5-11  | 5-11     | 126 | 5-11              | 5-11             |
| Analisadas      | 5-19  | 550      | 550 | 5-18              | 5-18             |
| Em conformidade | 5-19  | 529      | 527 | 520               | 518              |

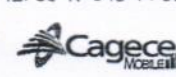
**RENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 5 m3 ! META: 10 m3.  
Constatamos debito de R\$ 73,67. Caso pago, desconsiderar.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

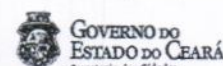
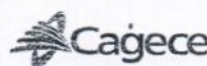
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS  | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |           |             |
|-------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
|                         |             | Mês/Ano             | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| AGUA                    | 6.76        | DEZ/17              | 11        | 0           |
| ESGOTO                  | 2.10        | DEZ/17              | 11        | 0           |
| MULTA DE 2%             | 0.18        | JAN/17              | 12        | 0           |
| JUROS DE 0,033% AO DIA  | 0.57        | FEV/17              | 10        | 0           |
| JUROS/MULTA TARIFA CONT | 0.09        | MAR/17              | 10        | 0           |
|                         |             | ABR/17              | 0         | 7           |
|                         |             | MAR/17              | 10        | 5           |
|                         |             | JUN/17              | 10        | 8           |
|                         |             | JUL/17              | 6         | 4           |
|                         |             | AGO/17              | 8         | 6           |
|                         |             | SET/17              | 12        | 9           |
|                         |             | OUT/17              | 6         | 1           |
|                         |             | NOV/17              | 5         | 4           |

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO |             | SUBSÍDIO            |             |
|------------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Descrição                    | Valor (R\$) | Descrição           | Valor (R\$) |
| PIS                          | 0,09        | VALOR DO SERVIÇO    | 38,86       |
| COFINS                       | 0,48        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 28,76       |
|                              |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 10,10       |
| MÊS/ANO                      | VENCIMENTO  | TOTAL A PAGAR (R\$) |             |
| 12/2017                      | 02/01/2018  | 10,10               |             |

ONDE PAGAR SUA FATURA: 356615074556569 L: 3208 H: 08:42:56 R: 049 P: 001  
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil  
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3036.



**Fatura Mensal**  
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE 356615074556569 3208  
Inscrição: 005935504 Código de Responsável:  
Local: 001 Setor: 005 Quadra: 0690 Lote: 0031 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00  
FORTALEZA Vencimento: 02/01/2018 Total (R\$): 10,10



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

**DETRAN - CE** Nº013145473572  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

VIA: 01 COD. RENAVAM: 00391190237 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCICIO: 2016

NOME: GLEYDSON LESSA BEZERRA  
 FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ: 63415470300 PLACA: DC08458/CE

PLACA ANT. / UF: /CE CHASSI: 9C2KD0540CR513706

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLO D/N41 APLIC. COMPUSTIVEL: PAS'IL / AIT

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CAP. / POT. / CL: 2P / OCV / 149CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: VENC. / COTAS: 1ª

FADA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 2ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 3ª

**SEGURO OBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: FORTALEZA DATA: 11/11/2016

Igor Ponte  
 Superintendente DETRAN-CE

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GLEYDSON LESSA BEZERRA,  
 RG nº 96002493840, data de expedição 16/08/96,  
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 634.154.703-00, com  
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. MIGUEL ARAGÃO, nº 1400,  
 complemento BL. N. 103, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS o condutor era  
FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS  
 Veículo: Motociclio  
 Modelo: HONDA/ NXR 150 BROS ES  
 Ano: 2011  
 Placa: OCQ 8458  
 Chassi: 9C2K00540CR513706  
 Data do Acidente: 16.12.2017  
 Local e Data: Fortaleza - Ce 24 de Fevereiro de 2018

X Gleydson Lessa Bezerra  
 Assinatura do Declarante

Francisco Antonio B Dos Santos

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Cartório do Registro Civil de Mondubim  
 Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
GLEYDSON LESSA BEZERRA  
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.  
 Fortaleza, 24 de fevereiro de 2018.  
 Em testemunho \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 Valdelia Maria Cavalcante de Sousa (Escrivente)  
 Autorizada)  
 Valor Total R\$ 4,16

Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s)  
Francisco Antonio B Dos Santos  
 Em test. \_\_\_\_\_ da cidade de MARACANAÚ-CE  
 26 FEV. 2018  
 HIRNA WANESKA ARAUJO DE PAULA MARTINS Esc. Autorizada  
 GERLANIA NASCIMENTO DOS SANTOS Esc. Autorizada  
 TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA  
 ZMN 02  
 RECONHECIMENTO  
 DERRIMA  
 C1343.085



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1307 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/02/2018 11:03:54**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/12/2017 05:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA EDSON DA MOTA CORREIA**  
Complemento: **EM FRENTE A C ROLIM**  
Bairro: **CENTRO** Município: **CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência:



**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS**  
Nascimento: **10/12/1984** CPF:  
RG : Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **ANTONIA PEREIRA BARBOSA**  
**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA MIGUEL ARAGÃO QUADRA 5, BL. 32,**  
Bairro: **MONDUBIM** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98715-1127**

**Histórico**

QUE o noticiante informa que na data e hora citados vinha pilotando a moto HONDA/NXR150, BROS ESD, Placa: OCQ8458, RENAVAL: 391190237, Chassi: 9C2KD0540CR513706, Cor: PRETA, de propriedade de GLEYDSON LESSA BEZERRA, no local descrito quando um veículo fechou o noticiante, e este perdeu o equilíbrio vindo a ser lançado ao solo; QUE na ocasião observou que sua mão esquerda estava com fratura exposta; QUE o noticiante de forma precária pegou o próprio veículo e se dirigiu ao FROTINHA DA PARANGABA; QUE lá chegando teve como diagnóstico FRATURA EXPOSTA DO 5º METATÁRSO; E NADA MAIS DISSE///

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ALEXANDRE GEORGE DE FREITAS - MAT.: 155340-1-x**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**João Antônio B. dos Santos**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**



## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que Francisco Antonio Barbosa dos Santos, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 16.12.17 sem documentação, sendo atendido como desconhecido nº 1481. De acordo com a cópia do RG de Nº 98002212553 os dados correto do paciente é; nome: Francisco Antonio Barbosa dos Santos, data de nascimento: 10.12.1984, mãe: Antonia Pereira Barbosa.

Fortaleza, 04 de Janeiro de 2018

Atenciosamente,

Dr. João Francisco B. L. I. Morano  
Diretor Médico HDM<sup>a</sup> JBO  
CRM 3631



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Francisco Antonio Barbosa dos Santos, esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 16.12.17 á 21.12.17, sob registro de nº 320153, com diagnóstico de fratura exposta do 5º metacarepo esquerdo, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Paciente saiu de alta hospitalar.

Fortaleza, 04 de Janeiro de 2018

Atenciosamente,

Dr. João Francisco B. L. J. Morano  
Diretor Médico HDMª JBO  
CRM 3631



**Prefeitura de  
Fortaleza**

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DIST. TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

**SUS**

**REGISTRO DE AVALIAMENTO EMERGENCIAL**

**DADOS PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE: **USUARIO DESCONHECIDO Nº 1481** *Leo antonio Barbosa dos Santos*  
Nº DO PRONTUÁRIO: **320153**  
Nº DO BE: **188631**  
CADSUS: **700605448654664**  
NASCIMENTO: **01/01/1984(33 ANOS)**  
SEXO: **M**  
RAÇA/COR: **NÃO INFORMADO**  
NOME RESPONSÁVEL: **NI**  
MUNICÍPIO: **FORTALEZA**  
UF: **CE**  
CEP: **60.720-000**

**OCORRÊNCIA**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

QUEIXA: **TRAUMA EM 5º QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA SEGUNDO O FESMO POR QUEDA**  
MOTIVO: **AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA**

SINTOMAS: **NI**  
ESCALA DE DOR: **5 (ADULTO)**

**SINAIS VITAIS**

PESO: **NI KG**  
TAXA DE PULSO: **NI**  
PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI**  
SAT O2: **NI%**  
GLICÊMIA: **NI**

ALERGIAS: **BENZETACIL**

CLASSIFICAÇÃO: **VERDE**  
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA**  
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **16/12/2017 05:54:50**

**ÁREA DE ATENDIMENTO**

**TRAUMATOLOGIA**

**AVLIAMENTO MÉDICO**

ANAMNESE: *Doente vítima de colisão com moto, apresentando ferimento cortante no 5º dedo da mão esquerda.*

DIAGNÓSTICO: *Fratura exposta do 5º dedo da mão esquerda*  
SOLICITAÇÃO: **( ) HC ( ) SU ( ) US ( ) DOMINIAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS**

**DESCRIÇÃO MÉDICA**

| MÉDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|-------------|-------------|-------------|
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |
|             |             |             |

**TIPO DE ALTA/SAÍDA**

**DECISÃO MÉDICA ( ) ALTA ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS**

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

*Dr. Cláudio R. Costa*  
**TRAUMATOLOGIA**  
CRM - 5809

Impresso por maria helenita moreira da rocha em 16/12/2017 às 05:54:55  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Usuario Desconhecido nº 1481

HOSPITAL DE FORTALEZA  
ATESTO QUE O PACIENTE RECEBEU O CUIDADO

*Emmanuel Moreira*

MAR 7/3

| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | OBSERVAÇÃO                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;"> <p>1. <u>Soltam 75mg</u></p> <p><u>fu</u></p> <p><u>06/20</u></p> </div> <div style="position: absolute; top: 150px; left: 250px; transform: rotate(-15deg);"> <p>Dr. <u>Cláudio R. Costa</u></p> <p>TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM - 5380</p> </div> </div>                        |  |                                      |
| <b>CONDUTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                      |
| <p>1 - ALTA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> A REVELIA <input type="checkbox"/> TRANSPERÊNCIA</p> <p><input type="checkbox"/> REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____</p> <p style="text-align: right;">DATA E HORA DA ALTA: <u>11</u> / <u>11</u> / <u>11</u> HORA: <u>11</u> : <u>11</u> : <u>11</u></p> |  |                                      |
| <p>2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) <input type="checkbox"/> DATA E HORA DA ALTA: <u>11</u> / <u>11</u> / <u>11</u> HORA: <u>11</u> : <u>11</u> : <u>11</u></p>                                                                                                                                                                                                                |  |                                      |
| <p>3 - INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> Nº PRONTUÁRIO: _____</p> <p>DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: <u>11</u> / <u>11</u> / <u>11</u> HORA: <u>11</u> : <u>11</u> : <u>11</u></p> <p style="text-align: right;">ASS. CARIÓTIPO MÉDICO</p>                                                                                                                                  |  |                                      |
| <p>4 - PARA ÓBITO <input type="checkbox"/> DATA ÓBITO: <u>11</u> / <u>11</u> / <u>11</u> HORA ÓBITO: <u>11</u> : <u>11</u> : <u>11</u></p> <p>INTER DO 1º SOCORRO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p>                                                                                                                                          |  |                                      |
| <p>DESTINO DO CORPO: 1 <input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA 2 <input type="checkbox"/> I.M.L. 3 <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA 4 <input type="checkbox"/> SVO</p>                                                                                                                                                                                   |  |                                      |
| <p>ASS. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <p>ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE</p> |

[illegible]

100

20061



**SUS**  
**Sistema Único de Saúde**  
**CCI - Central de Controle de Internação**  
Prestador de Serviços de Saúde - CCI - Central de Controle de Internação  
AV. Getúlio de Faria nº 1327 - Fortaleza - CE - 60.720-600  
Fone: (85) 3224-7222

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)**

Nº LAUDO:

Nº de AIH:

2318101 400725

**HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA**

CBC / CNPJ  
07.835.044 / 0002-61

|                                     |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE                    |                                                                             | DADOS DO PACIENTE                                                                                                                                 |  |
| MARCOS LEONARDO BARROSO DE OLIVEIRA |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |
| ENDEREÇO DO PACIENTE                |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |
| RUA JOSEFA GOMES LIMA               |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |
| CIDADE                              |                                                                             | MUNICÍPIO                                                                                                                                         |  |
| FORTALEZA                           |                                                                             | FORTALEZA                                                                                                                                         |  |
| DATA DO NASCIMENTO                  | SEXO                                                                        | CONDIÇÃO                                                                                                                                          |  |
| 01/11/84                            | 1. <input checked="" type="checkbox"/> MASC 2. <input type="checkbox"/> FEM | 2. <input type="checkbox"/> SEGURADO 4. <input type="checkbox"/> CONJUGE 6. <input type="checkbox"/> FILHO 8. <input type="checkbox"/> OUTRO DEP. |  |
| NOME DA MÃE                         |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |
| ANTÔNIA PEREIRA BARBOSA             |                                                                             |                                                                                                                                                   |  |

|                          |                                      |                                    |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| CPF MÉDICO SOLICITANTE   | DADOS DA INTERVENÇÃO                 |                                    |
| 1145856387               | CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL | CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO  |
| C. INT. 39001005622      |                                      | Dr. João Francisco B. L. T. Morano |
| DATA DA EMISSÃO 15/12/17 |                                      | Diretor Médico HDM JBO             |
|                          |                                      | CRM 3631                           |

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

Lesões lipoatrofias bilaterais com motor no membro superior direito - ausência da mão esquerda.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

Lesões de Cerebelo

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS**

Cedência de exames diagnósticos

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

Lesões do S. Nervoso Periférico

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Procedimento cirúrgico

|                                                  |                                         |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| TIPO DE CLÍNICA                                  |                                         |
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICA | 2. <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICA  |
| 3. <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA       | 4. <input type="checkbox"/> TISIOPEUMOL |
| 5. <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA         | 6. <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA  |
| 9. <input type="checkbox"/> OUTROS               |                                         |

|                          |                                               |          |      |
|--------------------------|-----------------------------------------------|----------|------|
| CRM - MÉDICO SOLICITANTE | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE    | DATA     | HORA |
| 4082                     | Dr. Roberto Cesar<br>Ortopedia<br>CRM-CE 4082 | 16.12.17 | 9:00 |



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HDMJBO-Fretinha de Parangaba

**FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**  
**SAME**

|                                              |         |       |                   |             |
|----------------------------------------------|---------|-------|-------------------|-------------|
| Nome: <u>João Antonio Barbosa dos Santos</u> |         |       |                   |             |
| Prontuário                                   | Enferm. | Leito | Data Internação   | Diagnóstico |
|                                              |         |       | <u>16/12/2017</u> |             |

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

| DATA            | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>16.12.17</u> | <u>Paciente com fratura de fêmur no terço médio. Realizada a redução cirúrgica com placa e parafusos. Evolução satisfatória.</u><br><br><div style="text-align: right;"> <u>Dr. Roberto Cesar</u><br/>Ortopedia<br/>CRM-CE 40982                 </div> |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>16.12.17</u> | <u>Exame físico: C.C. - membros inferiores com edema e dor à palpação. Radiografia de fêmur direito com fratura consolidada. Tratamento conservador com órtese.</u><br><br><div style="text-align: right;"> <u>Dr. Roberto Cesar</u><br/>Ortopedia<br/>CRM-CE 40982                 </div> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*[Handwritten signature and stamp]*  
 Dr. Roberto Cesar  
Ortopedia  
CRM-CE 40982

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>16/12/17</u> | <u>Paciente com fratura de fêmur direito. Realizada a redução cirúrgica com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Exame físico: C.C. - membros inferiores com edema e dor à palpação. Radiografia de fêmur direito com fratura consolidada. Tratamento conservador com órtese.</u><br><br><div style="text-align: right;"> <u>Dr. Roberto Cesar</u><br/>Ortopedia<br/>CRM-CE 40982                 </div> |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>17/12/17</u> | <u>Exame físico: C.C. - membros inferiores com edema e dor à palpação. Radiografia de fêmur direito com fratura consolidada. Tratamento conservador com órtese.</u><br><br><div style="text-align: right;"> <u>Dr. Roberto Cesar</u><br/>Ortopedia<br/>CRM-CE 40982                 </div> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>18/12/17</u> | <u>Exame físico: C.C. - membros inferiores com edema e dor à palpação. Radiografia de fêmur direito com fratura consolidada. Tratamento conservador com órtese.</u><br><br><div style="text-align: right;"> <u>Dr. Roberto Cesar</u><br/>Ortopedia<br/>CRM-CE 40982                 </div> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*[Handwritten signature and stamp]*  
 Dr. Roberto Cesar  
Ortopedia  
CRM-CE 40982

HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA  
ATESTADO DE EVOLUÇÃO

Prontuário

| DATA     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                              |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18/12/17 | <p>paciente em pós de fratura exposta HSE, refere-se a Benedita, acordado, consciente orientado, verbaliza bem, segue posturado da enfermeira</p> <p><i>Rafael Enfr</i><br/>71589</p> |

19/12/17

*Dr. Roberto Mendes Rodrigues*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4001

19/12/17 Francisco, 33 anos, consciente, orientado, cooperativo. Siga-se a conduta cirúrgica.

*LOREN 306109 - ENF*

20/12/17 F.A.B.S, 33a O com MD: fratura exposta 8h de HSE incluindo crânio, antebraço e 1ro de Tala apêndice, si quixas, pudes procedimentos necessários.

20/12/17 Paciente estável

*Rosellina Nêzeles da Costa*  
Enfermeira  
COREN-CE 233.977

*Daniel Almeida Batista*  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 13633



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

PROTEÇÃO DE PARANÁ  
Av. Osório de Faria nº 1137 - Parangaba - CEP 60.728-000 - Fortaleza - Ce  
Telefone: (85) 3121-7211 - Fax: 3121-7212

# FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Fco Antonio Barboza

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

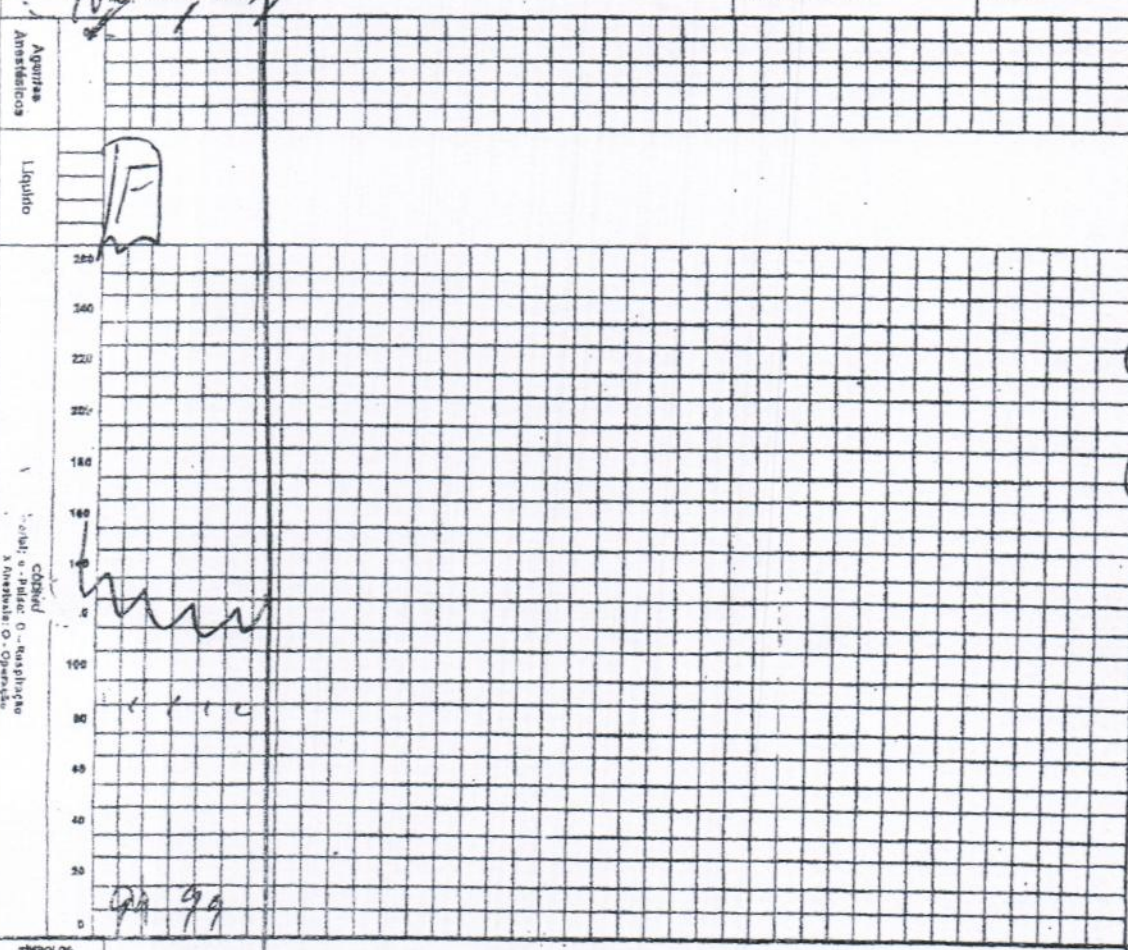
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

|                       |                 |              |              |              |        |         |
|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------|---------|
| Data: <u>16/12/17</u> | Pres. Arterial: | Pulso:       | Respiração:  | Temperatura: | Peso:  | Altura: |
| Tipo Sanguíneo:       | Hemácias:       | Hemoglobina: | Hematócrito: | Glicemia:    | Uréia: | Outros: |
| Urina:                |                 |              |              |              |        |         |

|                           |  |                    |              |                |               |
|---------------------------|--|--------------------|--------------|----------------|---------------|
| Ap. Respiratório:         |  | Asma:              |              | Bronquite:     |               |
| Ap. Circulatório:         |  | Eletrocardiograma: |              |                |               |
| Ap. Digestivo:            |  | Dentes:            | Peçoço:      | Ap. Urinário:  |               |
| Estado Mental:            |  | Atarácicos:        | Corticóides: | Alergia:       | Hipotensores: |
| Histórico Pré-operatório: |  |                    |              | Estado Físico: | Risco:        |

Anestesias Anteriores:

|                    |               |         |
|--------------------|---------------|---------|
| M: <u>10/12/17</u> | Aplicadas às: | Efeito: |
|--------------------|---------------|---------|



**INDUÇÃO**

Indel: X Bact: \_\_\_\_\_ Tonar: \_\_\_\_\_  
Laringe exposta: \_\_\_\_\_ Lactar: \_\_\_\_\_  
Náusea: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**

Oxígeno 100%  
1 monitorização  
2 bloqueios de  
plexos  
1 bloqueio de  
função de  
cefazol 3g  
antibiótico

Anestesia total: X ☐ não  
Não, por quê? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**

Reações na S.O.: \_\_\_\_\_  
Obstr: \_\_\_\_\_ CO2: \_\_\_\_\_ Bact: \_\_\_\_\_  
Náusea: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

|                                                       |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Agentes: <u>propofol, fentanyl, xelb e af</u>         | Cânulas: <u>HOSPITAL</u> |
| Técnica: <u>bloqueio de plexos e traqueal</u>         | Atenção: <u>ATENÇÃO</u>  |
| Operação: <u>prostatectomia</u>                       |                          |
| Cirurgião: <u>Dr. Ricardo de Souza Martins Kalume</u> |                          |
| Anestesiista: <u>Dr. Kalume</u>                       |                          |
| Observações: <u>CRM 6595 CPF 544.580.213-20</u>       |                          |
| Perda Sanguínea: _____                                |                          |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/12/2018 às 10:57, sob o número 0188600332018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188600-33.2018.8.06.0001 e código 422A057.



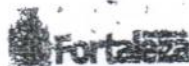
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DEPT. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
PROTECTORIA DE PARANGABA  
AV. Saúde do Futuro nº 1127 - Parangaba - CEP 68.729-000 - Fortaleza-Ceá  
Telefone: (85) 3121-3213 - Fax: 3121-3219

## FOLHA DE ANESTESIA

| MEDICAMENTO                    | UNID   | QUANT | MEDICAMENTO    | UNID   | QUANT |
|--------------------------------|--------|-------|----------------|--------|-------|
| ADRENALINA                     | AMPOLA |       | PROPOFOL 10ml  | AMPOLA |       |
| AGUA DESTILADA                 | AMPOLA | 1mg   | PROPOFOL 20ml  | AMPOLA |       |
| AMICACINA                      | AMPOLA |       | PROTAMINA      | AMPOLA |       |
| AMPICILINA 1G                  | AMPOLA |       | RANITIDINA     | AMPOLA |       |
| AMINOFILINA                    | AMPOLA |       | SEVOFLURANO    | ML     |       |
| ATROPINA 0,25MG                | AMPOLA |       | SUCCINILCOLINA | FRASCO |       |
| BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA | FRASCO |       | TIOPENTAL      | FRASCO |       |
| BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA | FRASCO |       |                |        |       |
| BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA        | AMPOLA |       |                |        |       |
| BICARBONATO DE SÓDIO           | AMPOLA |       |                |        |       |
| BROMÓPRIDA 10MG                | AMPOLA |       |                |        |       |
| CEFALOTINA 500MG               | FRASCO |       |                |        |       |
| CEFAZOLINA 500MG               | FRASCO | 2mg   |                |        |       |
| CEFTRIAXONA 1G                 | FRASCO |       |                |        |       |
| CETOPROFENO 100MG              | FRASCO |       |                |        |       |
| CETAMINA                       | ML     |       |                |        |       |
| CISATRACURIO                   | AMPOLA |       |                |        |       |
| CLINDAMICINA                   | AMPOLA |       |                |        |       |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10%        | AMPOLA |       |                |        |       |
| DEXAMETASONA                   | AMPOLA |       |                |        |       |
| DESLANOSÍDEO                   | AMPOLA |       |                |        |       |
| DIAZEPAM 10MG                  | AMPOLA |       |                |        |       |
| DIPIRONA                       | AMPOLA | 1mg   |                |        |       |
| DIPIRONA + ESCOPOLAMINA        | AMPOLA |       |                |        |       |
| DOBUTAMINA                     | AMPOLA |       |                |        |       |
| DOPAMINA                       | AMPOLA |       |                |        |       |
| ETILEFRINA 10MG                | AMPOLA |       |                |        |       |
| ETOMIDATO                      | AMPOLA |       |                |        |       |
| FENTANIL                       | AMPOLA | 1mg   |                |        |       |
| FURCESEMIDA                    | AMPOLA |       |                |        |       |
| GENTAMICINA                    | AMPOLA |       |                |        |       |
| HEPARINA                       | AMPOLA |       |                |        |       |
| HIDROCORTISONA 100MG           | FRASCO |       |                |        |       |
| HIDROCORTISONA 500MG           | FRASCO |       |                |        |       |
| IPSON                          | AMPOLA |       |                |        |       |
| ISOFLURANO                     | ML     |       |                |        |       |
| ISORDIL                        | AMPOLA |       |                |        |       |
| LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA      | FRASCO | 1mg   |                |        |       |
| LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA     | FRASCO |       |                |        |       |
| LIDOCAÍNA GEL                  | FRASCO |       |                |        |       |
| MAPERIDINA 100MG               | AMPOLA |       |                |        |       |
| METOCLOPRAMIDA                 | AMPOLA |       |                |        |       |
| METRONIDAZOL 500MG             | FRASCO |       |                |        |       |
| MIDAZOLAN 5MG                  | AMPOLA | 1mg   |                |        |       |
| MIDAZOLAN 15MG                 | AMPOLA |       |                |        |       |
| NALOXONA                       | AMPOLA |       |                |        |       |

ANESTESISTA-CRM

Dr. Ricardo de Souza Martins  
MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA  
PRONTUÁRIO DE FORTALEZA  
Av. Odebrecht nº 1227 - Parangaba - CEP 06320-320 - Fortaleza-Ce  
Telefone (85) 3231-1211 - Fax 3231-7215

# REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Fernando Antonio Barbosa  
Data da Operação: 16/12/18 Enfermaria: 11 Leito: 1

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Operador: <u>Jonas</u> | 1º Auxiliar:      |
| 2º Auxiliar:           | 3º Auxiliar:      |
| Instrumentador:        | Anestesiologista: |

Tipo de Anestesia: sem  
Diagnóstico Pré-operatório: fratura exposta de mão (F)

Tipo de Operação: fixação cirúrgica de fratura exposta de mão (F)

Exame Pós-operatório: sem

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação: nao

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Ponte e dente de mão de mão
- 2) Injeção + ortopedico + operacao de tempo 45
- 3) Observe lesao extensa exposta de  
5 MC da mão (F)
- 4) Reduzo de fratura + ligadura  
de fratura C/ 15 P.O.
- 5) Sutura + curativo + T.O. de mão

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA  
PRONTUÁRIO DE FORTALEZA

6

Jandira Brito A. Brito  
Fracma Ortopedica  
Anestesiologista/Cirurgião de Mão  
CRM 13510 - RQE 751

**SAINE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

SR 54

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 11: |  |  |  |  |
| 16: |  |  |  |  |
| 20: |  |  |  |  |
| 06: |  |  |  |  |

|             |     |               |        |        |
|-------------|-----|---------------|--------|--------|
| HOR.        | JO: | 40150         | 181    | 19145  |
| P.A.:       |     | <del>10</del> | 120/80 | 120/20 |
| TEMP.°:     |     |               | 39.7   | 36.6   |
| P/ MIN.:    |     | 57            | -      | 59     |
| M.V./ MIN.: |     | 93%           | -      | 93%    |

IDENTIDADE: 33

1 ENF:

LEITO: 7/14.

**Nº. PRONTUARIO:**[illegible]

Prothuber  
Gdm

|     |  |
|-----|--|
| 16: |  |
| 20: |  |
| 08: |  |

|            |        |
|------------|--------|
| P.A.:      | 120X80 |
| TEMP.°:    | 36°C   |
| PJ MIN.:   |        |
| M.V./MIN.: |        |

Presentador

**FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**  
**SAME**

**Nome:**

FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS

## Prontuário

## Enform.

## Letto

## Data Internacional

## Diagnóstico

76 172 1207

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

## EVOLUÇÃO

21

9

1.2

No. 8

Dr. Hildebrando Melo Neto  
CRM: 3195 TEOT - 11.956

HOSPITAL DISTRITAL MIGUEL BARRIOS DE CUSCO  
ATESTADO QUE CON  
ALCANTARILLAS CON UN

Prontusier (



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180327950

Vítima: FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180327950**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01245/01246 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13228150